



70. konference vojenských internistů

19. – 21. října 2026

Ústřední vojenská nemocnice Praha

Programový sborník s abstrakty



PARTNEŘI A VYSTAVOVATELÉ

HLAVNÍ PARTNER



PARTNER



MEDIÁLNÍ PODPORA



PODPORA



ZÁKLADNÍ INFORMACE

POŘADATEL:

ÚVN Praha ve spolupráci s VLF UO pod záštitou Společnosti vojenské medicíny ČLS JEP

ODBORNÝ GARANT:

prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc.

ORGANIZAČNÍ VÝBOR:

prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc.

plk. gšt. prof. MUDr. Jan Horáček, Ph.D., MBA

ORGANIZÁTOR:

Congress Prague s.r.o.

Vyšehradská 430/41

128 00 Praha 2

www.congressprague.cz

office@congressprague.cz

CERTIFIKÁTY

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16. Registrovaní účastníci, kteří absolvují odborný program, obdrží certifikát se **11 kredity**, s platností pro EU, na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

PRAVIDLA PRO ÚČAST

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možný výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník při vstupu na kongres.
- V pracovní době kongresu je účastníkům k dispozici šatna s obsluhou.
- V mimopracovní době jsou kongresové sály uzavřeny. Nenechávejte v prostorách kongresových sálů, doprovodné výstavy apod. osobní věci. Ústřední vojenská nemocnice Praha, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách Ústřední vojenské nemocnice Praha určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách nejsou předmětem pojištění osob.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro kongres je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.
- Bez výslovného souhlasu pořadatele nebo organizátora není v rámci prostor konání kongresu dovoleno pořizovat záznamy (zvukem, obrazem).

ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ

PLOCHA	VYSTAVOVATEL
1.	Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
2.	Astra Zeneca, s.r.o.
3.	MSD, s.r.o.





Boehringer
Ingelheim



ODBORNÝ PROGRAM KONGRESU

Pondělí 19. října

Místo konání:	salon č. dv. 123, budova F
15:30 – 17:00	Jednání poradního sboru hlavního odborníka VZdrSI pro obor vnitřní lékařství pozvaní hosté

Společná večeře

Místo konání: Stejkárna Dejvice

Adresa: Bubenečská 352/19, Praha 6 – Bubeneč

LÉKAŘSKÁ SEKCE

Úterý 20. října

Místo konání:	aula ÚVN, budova CH2
08:30	Zahájení konference plk. gšt. MUDr. Luděk Hána, MBA ředitel Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha
08:40 – 09:00	70 let rozvoje vojenského vnitřního lékařství: jubilejní 70. konference vojenských internistů prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D. Ústav gastrointestinální onkologie 1. LF UK a ÚVN
09:00 – 09:30	Vnitřní lékařství v rezortu Ministerstva obrany – přehled činnosti za rok 2026, současný stav a možnost budoucího vývoje pplk. doc. MUDr. Martin Jakl, Ph.D. Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny Vojenská lékařská fakulta UO
09:30 – 09:55	AI ve vojenské medicíně pplk. doc. MUDr. Martin Májovský, Ph.D., FEBNS Neurochirurgická a neuroonkologická klinika 1. LF UK a ÚVN
10:00 – 11:20	POSTGRADUÁLNÍ BLOK I. Endokrinologie a diabetologie Předsedající: MUDr. Mikuláš Kosák, Ph.D. Sdělení: 20 min + 5 min diskuze Bolesti zad: Jak poznat bechtěrevika? MUDr. Lenka Franeková, PhD. Hypokortikalismus MUDr. Jana Ježková Testosteron – usus a abusus MUDr. Mikuláš Kosák, Ph.D.

Nefroprotektivita antidiabetik aneb jak správně léčit pacienty s diabetickým onemocněním ledvin

doc. MUDr. Denisa Janíčková Žďárská, Ph.D.

11:20 – 11:45

Občerstvení s kávou

11:45 – 13:00

POSTGRADUÁLNÍ BLOK II.

Multioborové aktuality

Předsedající: prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc.

Sdělení: 20 min + 5 min diskuze

Inovativní přístupy v katetrizační léčbě srdečních chlopní

doc. MUDr. Martin Malý, Ph.D.

CAR-T terapie: co by měl vědět internista

plk. gšt. prof. MUDr. Jan Horáček, Ph.D., MBA

Novinky v terapii bakteriofágy

prof. MUDr. Michal Holub, Ph.D.

13:00 – 14:00

Oběd

14:00 – 15:50

BLOK STUDENTŮ DOKTORSKÉHO STUDIJNÍHO PROGRAMU

VOJENSKÉ VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ VLF UO

Předsedající: plk. gšt. prof. MUDr. Jan Horáček, Ph.D., MBA

Sdělení: 10 min + 3 min diskuze

Radiointervenční možnosti léčby hepatocelulárního karcinomu

pplk. MUDr. Tomáš Tůma, Ph.D.

Identifikace patologického subproteomu u pacientů s karotickou disekcí

MUDr. Petr Malý

Endoskopická léčba refluxní choroby jícnu aplikací radiofrekvenční energie do oblasti dolního jícnového svěrače

plk. MUDr. Kateřina Košťálová

Echokardiografie v rukou nekardiologa v rámci medicíny prvního kontaktu u pacientů s bolestí na hrudi

MUDr. Petr Grenar

Možnosti léčebného ovlivnění metabolických parametrů a histologického nálezu u pacientů s nealkoholovou steatohepatitidou

MUDr. Jan Paleček

Prognostické faktory u akutní lymfoblastické leukemie dospělých – role signálního mikroprostředí

kpt. MUDr. Martin Štajer

Neinvazivní měření srdečního výdeje pomocí automatické retinální oxymetrie a echokardiografie

MUDr. Tomáš Křivohlavý

Od doktorského studia k akademické kariéře v oboru Vojenské vnitřní lékařství

plk. gšt. prof. MUDr. Jan Horáček, Ph.D., MBA

15:50 – 16:20

Občerstvení s kávou

16:20 – 17:30

BLOK VOLNÝCH SDĚLENÍ I

Předsedající: doc. MUDr. Denisa Janíčková Žďárská, Ph.D.

Sdělení: 10 min + 3 min diskuze

Tirzepatid v multidisciplinární lékařské praxi

pplk. gšt. doc. MUDr. Vladimír Pavlík, Ph.D.

Metabolická péče v intenzivní medicíně: mezi nutričním přetížením a podvýživou

mjr. MUDr. Pavel Skořepa, Ph.D.

Zásoby omega-3 a omega-6 mastných kyselin v lidských tkáních: změny při akutním systémovém zánětu

mjr. MUDr. Pavel Skořepa, Ph.D.

Za hranicí oxidace: Nepřímá kalorimetrie jako nástroj pro monitoraci anabolismu a tkáňové regenerace

MUDr. Ondřej Sobotka, Ph.D.

Kam nás biopsia zavedie?

MUDr. Tomáš Bielak

19:00

Společenský večer

Místo konání: Restaurace Podolka

Adresa: Podolské nábř. Přístav 1, Praha 4 – Podolí

Středa 21. října

Místo konání:

aula ÚVN, budova CH2

08:45 – 10:15

Hands-on jaterní elastografie

Odborný garant: MUDr. Michal Koula

Jen pro přihlášené předem; limit 7 osob.

10:15 – 10:30

Sponzorovaná přednáška Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.

Vidíš-li obezitu, mysl na játra

MUDr. Jan Paleček

10:30 – 10:45

Občerstvení s kávou

10:45 – 12:25

POSTGRADUÁLNÍ BLOK III.

Gastroenterologie a hepatologie

Předsedající: prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc.

Sdělení: 20 min + 5 min diskuze

Diagnostika a léčba časného karcinomu žaludku

plk. MUDr. Kateřina Košťálová

Metody diagnostiky H. pylori – studie HeliCOLON

MUDr. Tomáš Veselý

Prediktivní biomarkery terapeutické odpovědi HCC

MUDr. Petr Hříbek, Ph.D.

Hepatitida D

prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc.

12:25 – 12:40

Občerstvení s kávou

12:40 – 13:20

BLOK VOLNÝCH SDĚLENÍ II

Předsedající: pplk. doc. MUDr. Martin Jakl, Ph.D.

Sdělení: 10 min + 3 min diskuze

Mesenteriální lymfadenopatie

mjr. MUDr. Tomáš Kupsa, Ph.D.

Kardioneuroablácia, alebo ako sa vyhnúť trvalej kardiostimulácii /kazuistika/

MUDr. Katarína Hrušková

Pacient s kardiostimulátorem nebo ICD z pohledu pracovního lékaře

mjr. MUDr. Blanka Kupsová, Ph.D.

13:25

Závěr konference

13:30

Oběd

SEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ NELÉKAŘSKÝCH PROFESÍ

Úterý 20. října

Místo konání: Pavilon F2 – učebna A

9:30 – 10:30

BLOK A

Předsedající: Mgr. Radka Kabelová

Metody náhrady funkce ledvin v praxi: aktuální přehled a praktické aspekty

MUDr. Kristýna Michalíčková

Moderní obezitologie: současné trendy a doporučení

MUDr. Jan Paleček

Obezitologie z pohledu nutričního terapeuta

Bc. Jaroslava Janková

Endoskopické řešení obtížné choledocholitiázy

Ing. Bc. Monika Setničková

10:30 – 11:00

Občerstvení s kávou

11:00 – 12:15

BLOK B

Předsedající: Mgr. Radka Kabelová

Zástava krvácení a polypektomie v gastrointestinálním traktu

Mgr. Zuzana Černá

Od diagnózy k léčbě: sestra jako součást centrové péče o pacienta s hepatitidou

Veronika Havlíčková

Obezita a jak na ni

Markéta Bartíková

Edukace hypokortikálního pacienta

Gabriela Šorsáková

Feochromocytom

Bc. Kateřina Regnardová

12:30 – 14:00

Oběd

AI ve vojenské medicíně: jazykové modely v přednemocniční péči a automatická interpretace RTG v polní nemocnici

Májovský M., Černý M., Netuka D.

Neurochirurgická a neuroonkologická klinika 1. LF UK a ÚVN

Umělá inteligence vstupuje do klinické praxe a vojenské zdravotnictví patří k oblastem, kde může přinést největší užitek: péče se zde poskytuje v prostředí s omezenými zdroji, pod časovým tlakem a často bez specialistů. Přednáška představuje dvě experimentální studie provedené v ÚVN.

První studie hodnotila, zda ChatGPT-4o pomůže vojenským zdravotníkům s nastavením plicní ventilace raněného vojáka. Zúčastnilo se 42 příslušníků zdravotnické služby Armády ČR, kteří řešili deset realistických scénářů bojových zranění, pět z nich s podporou AI a pět bez ní. Podpora AI zlepšila kvalitu nastavení ventilačních parametrů oproti samostatné práci zdravotníků.

Druhá pilotní studie testovala software Lunit INSIGHT CXR při hodnocení snímků hrudníku v polních nemocnicích ROLE 2LM, kde radiolog chybí. Deset lékařů hodnotilo 159 anonymizovaných snímků; s podporou AI byla diagnostická přesnost vyšší o 9,4 % ($p < 0,001$).

Závěrem diskutujeme příležitosti i rizika: kybernetickou bezpečnost, problém „černé skříňky“, důvěru pacientů, riziko ztráty klinického úsudku a právní odpovědnost.

Postgraduální blok I. – Endokrinologie a diabetologie

Bolesti zad: Jak poznat bechtěrevika?

Franeková L.

Interní klinika Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha

Ankylozující spondylitida, v současné terminologii označovaná také jako radiografická axiální spondyloartritida, je chronické zánětlivé revmatické onemocnění postihující především sakroiliakální klouby a páteř. Vladimír Bechtěrev publikoval jeden z klasických popisů tohoto onemocnění na konci 19. století.

Klíčovým klinickým příznakem axiální spondyloartritidy je zánětlivý typ bolesti zad. Pro něj je charakteristický začátek v mladém věku, zpravidla před 40. rokem života, plíživý nástup, zlepšení při pohybu, nezlepšení v klidu a noční bolest. Častá je rovněž ranní ztuhlost. Pacienti mohou udávat alternující bolest hýždí. Hodnoty laboratorních parametrů zánětu závisejí na aktivitě onemocnění a u části pacientů mohou být zcela normální.

HLA-B27 je přítomen u většiny pacientů s ankylozující spondylitidou, jeho pozitivita však sama o sobě diagnózu nepotvrzuje. Naopak negativita HLA-B27 axiální spondyloartritidu nevylučuje.

Diagnóza axiální spondyloartritidy vychází z komplexního posouzení klinických příznaků, laboratorních nálezů a zobrazovacích metod. Rentgenový průkaz sakroiliitidy charakterizuje radiografickou axiální spondyloartritidu. U pacientů bez jednoznačných rentgenových změn může magnetická rezonance sakroiliakálních kloubů prokázat aktivní zánětlivé změny a přispět k diagnóze neradiografické axiální spondyloartritidy.

Typickými strukturálními změnami na páteři jsou eroze obratlových rohů, kvadratické obratlových těl a syndesmofyty, jejichž postupným přemostňováním může dojít k výraznému omezení hybnosti až ankylóze páteře.

Základem nefarmakologické léčby je pravidelné cvičení a fyzická aktivita. Farmakologickou léčbou první volby jsou nesteroidní antirevmatika. U pacientů s přetrvávající vysokou aktivitou onemocnění navzdory konvenční

léčbě lze indikovat biologickou léčbu inhibitory TNF nebo IL-17, případně cílenou syntetickou léčbu inhibitory JAK.

Závěr: Na axiální spondyloartritidu je třeba myslet zejména u mladších pacientů s chronickou bolestí zad zánětlivého charakteru nebo alternující bolestí hýždí. Normální laboratorní parametry zánětu, negativita HLA-B27 ani normální rentgenový nálezní sakroiliakálních kloubů časnou axiální spondyloartritidu nevylučují. V časných stádiích může k průkazu zánětlivých změn sakroiliakálních kloubů významně přispět magnetická rezonance.

Hypokortikalismus

Ježková J.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Hypokortikalismus (adrenokortikální insuficience) je stav charakterizovaný sníženou sekrecí steroidních hormonů kůry nadledvin. Primární adrenokortikální insuficience (AI) je zapříčiněna nedostatečnou produkcí všech steroidů kůry nadledvin v důsledku poruchy funkce kůry nadledvin, sekundární AI je charakterizovaná především sníženou sekrecí glukokortikoidů, zatímco sekrece mineralokortikoidů je z větší části zachovalá. Klinické příznaky jsou často nespecifické, zahrnují únavu, slabost, nechutenství, pokles tělesné hmotnosti, chuť na slané (u periferní AI), stav může progredovat do těžších forem s hypotenzí, tachykardií, bolestmi břicha, hypoglykemií, hypokalemií, acidózou až šokovým stavem s ohrožením života. Důležitá je proto včasná a přesná diagnostika, která se opírá o stanovení basálních ranních hodnot sérového kortizolu, k potvrzení diagnózy je v některých případech potřebné použít dynamické stimulační testy. K rozlišení primární a sekundární AI se využívá stanovení adrenokortikotropního hormonu (ACTH). Základem léčby chronické AI je substituční léčba glukokortikoidy, v případě periferní AI je ve většině případů potřebná i substituční léčba mineralokortikoidy.

Nefroprotektivita antidiabetik aneb jak správně léčit pacienty s diabetickým onemocněním ledvin

Janíčková Žďárská D.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Diabetické onemocnění ledvin představuje jednu z nejzávažnějších chronických komplikací diabetu a je spojeno nejen s progresivním poklesem renálních funkcí, ale také s výrazným zvýšením kardiovaskulární morbidity a mortality. Cílem současné léčby proto již není pouze dosažení optimální glykemické kompenzace, ale především zpomalení progresu chronického onemocnění ledvin a snížení celkového kardiorenálního rizika.

Přednáška shrnuje současné možnosti nefroprotektce u pacientů s diabetem 2. typu se zaměřením na postavení jednotlivých skupin antidiabetik. Vedle tradiční léčby metforminem bude pozornost věnována zejména inhibitorům SGLT2 a agonistům receptoru GLP-1, jejich nefroprotektivním mechanismům a výsledkům klinických studií dokládajících jejich vliv na renální prognózu. Diskutováno bude rovněž postavení blokády systému renin–angiotenzin–aldosteron a nesteroidních antagonistů mineralokortikoidního receptoru v komplexní terapii diabetického onemocnění ledvin.

Důraz bude kladen na současný koncept časně, komplexní a individualizované léčby, která kombinuje ovlivnění metabolických, hemodynamických a zánětlivě-fibrotických mechanismů a využívá jednotlivé terapeutické pilíře s cílem maximálně zpomalit progresi onemocnění ledvin a zlepšit dlouhodobou prognózu pacienta.

Inovativní přístupy v katetrizační léčbě srdečních chlopní

Malý M.

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

1. Aortální chlopeň (TAVI): Doporučení ESC/EACTS 2025 podporují TAVI u anatomicky vhodných pacientů ≥ 70 let se stenózou trojčípé aortální chlopně.
 - a) Self-expandabilní systémy (Evolut): studie Evolut Low Risk prokázala za pět let srovnatelný výskyt úmrtí či invalidizující cévní mozkové příhody oproti operaci (15,5 % vs. 16,4 %).
 - b) Balloon-expandabilní systémy (SAPIEN): PARTNER 3 doložila za pět let srovnatelný výskyt úmrtí, cévní mozkové příhody či rehospitalizace oproti operaci.
2. Mitrální chlopeň: a) MitraClip (TEER) má podle ESC/EACTS 2025 místo u vybraných nemocných s významnou regurgitací; COAPT prokázala snížení hospitalizací a pětileté mortality při sekundární regurgitaci navzdory optimalizované farmakoterapii (57,3 % vs. 67,2 %).
b) Další možností TEER je systém PASCAL; CLASP IID prokázala noninferioritu vůči MitraClipu u degenerativní regurgitace a neúnosného operačního rizika.
3. Trikuspidální chlopeň: TriClip odpovídá doporučením ESC/EACTS 2025 pro vybrané symptomatické pacienty s vysokým operačním rizikem; TRILUMINATE doložila zlepšení kvality života a po dvou letech snížení hospitalizací pro srdeční selhání.
4. Pulmonální chlopeň: Zmíněn bude systém Melody pro dysfunkční konduity či bioprotézy, podporovaný doporučeními ESC 2020 a desetiletými výsledky studie Melody IDE (79 % pacientů bez reoperace).

CAR-T terapie: co by měl vědět internista

Horáček J.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta Univerzity obrany, Hradec Králové

CAR-T terapie představuje moderní formu buněčné imunoterapie založenou na genetické modifikaci T-lymfocytů a jejich cíleném protinádorovém účinku. V současnosti je etablovanou léčebnou metodou především u vybraných relabovaných nebo refrakterních B-lymfoidních malignit a mnohočetného myelomu a její využití se posouvá do časnějších linií léčby; současně se zkoumá její uplatnění u autoimunitních onemocnění a solidních nádorů.

Léčba je spojena se specifickým spektrem nežádoucích účinků. Mezi nejvýznamnější časná komplikace patří syndrom z uvolnění cytokinů (CRS) a syndrom neurotoxicity asociované s efektorovými imunitními buňkami (ICANS). Jejich klinické projevy mohou zahrnovat horečku, hypotenzi, hypoxii a neurologickou symptomatologii a mohou se klinicky překrývat s běžnými interními akutními stavy včetně sepse.

Také po odeznění akutní fáze mohou přetrvávat nebo nově vznikat komplikace významné pro další interní péči. Patří mezi ně zejména protrahované cytopenie, infekční komplikace, B-buněčná aplazie a hypogamaglobulinemie. Dlouhodobé sledování zahrnuje hodnocení obnovy hematopoézy a imunity, prevenci a léčbu infekcí a podle potřeby substituci imunoglobulinů.

S rostoucím počtem pacientů léčených CAR-T terapií se s těmito nemocnými bude stále častěji setkávat také internista, zejména v dlouhodobé péči a při řešení interkurentních onemocnění. Akutní komplikace CAR-T terapie jsou zpravidla diagnostikovány a léčeny ve specializovaných CAR-T centrech. Přesto je pro internistu důležitá znalost principu léčby, jejího časového průběhu, možných pozdních komplikací a varovných příznaků, které mohou vyžadovat neodkladnou konzultaci s ošetřujícím hematologem nebo CAR-T centrem. Důležité je rovněž

včasné rozpoznání nemocných, pro které může CAR-T terapie představovat léčebnou možnost, a jejich konzultace ve specializovaném centru.

Bakteriofágová terapie u závažných a komplikovaných bakteriálních infekcí – první zkušenosti z ÚVN Praha

Holub M.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Úvod:

Rostoucí výskyt multirezistentních bakterií, širší využívání cizorodých materiálů v moderní medicíně a současně omezené možnosti účinné antimikrobiální léčby vedou k hledání nových terapeutických přístupů. Bakteriofágová terapie představuje jednu z možností zejména u závažných a komplikovaných infekcí, u nichž nelze dostupnou antibiotickou léčbou dosáhnout eradikace infekce nebo kolonizace.

Cíl:

Cílem sdělení je prezentovat první zkušenosti s klinickým využitím individualizované bakteriofágové terapie u pacientů se závažnými a komplikovanými bakteriálními infekcemi v ÚVN Praha.

Metodika a výsledky:

Bakteriofágová terapie byla indikována u pacientů s obtížně léčitelnými infekcemi způsobenými *Staphylococcus aureus*, u nichž standardní cílená antibiotická léčba nevedla k eradikaci infekce. Výběr bakteriofágů byl založen na individuálním testování citlivosti konkrétního klinického izolátu (fagogramu). Bakteriofágy byly podle lokalizace a charakteru infekce aplikovány lokálně nebo intravenózně, zpravidla v kombinaci s cílenou antibiotickou léčbou. Léčba byla zahajována za hospitalizace s možností následného ambulantního pokračování. ÚVN Praha je první klinické pracoviště v České republice, které bakteriofágovou terapii zavedlo do klinické praxe; byl zde léčen první pacient v ČR a následně další pacienti se závažnými bakteriálními infekcemi. V současné době jsou ÚVN Praha a FNMH jediná dvě klinická pracoviště v ČR, která mají zkušenosti s léčbou bakteriofágy.

Závěr:

První zkušenosti z ÚVN Praha ukazují možnost praktického využití individualizované bakteriofágové terapie u pacientů se závažnými a obtížně léčitelnými bakteriálními infekcemi. Další sledování léčených pacientů a systematické hodnocení klinického a mikrobiologického průběhu umožní lépe definovat indikace, optimální výběr bakteriofágů a způsoby jejich aplikace.

Blok studentů doktorského studijního programu vojenské vnitřní lékařství VLF UO

Balónkem okludovaná chemoembolizace HCC: tříleté zkušenosti s léčbou v ÚVN

Tůma T.

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

Cíl: Zhodnotit časnou léčebnou odpověď a bezpečnost balónkem okludované transarteriální chemoembolizace (B-TACE) u pacientů s hepatocelulárním karcinomem (HCC).

Metodika: Do souboru bylo zahrnuto 27 pacientů s 41 ložisky HCC ošetřenými metodou B-TACE od srpna 2022 do května 2025. Průměrný věk pacientů činil 72,3 roku, medián velikosti ložisek 32 mm a průměrné Child-Pugh skóre 5,7 bodu. Výkony byly provedeny selektivně nebo superselektivně pomocí mikrobalónkového katétru s aplikací mikrosfér nasycených doxorubicinem. Léčebná odpověď byla hodnocena podle kritérií mRECIST na kontrastním CT čtyři týdny po výkonu, samostatně na úrovni pacientů a ložisek. Celkové přežití bylo analyzováno Kaplan–Meierovou metodou a komplikace klasifikovány podle CTCAE.

Výsledky: Kompletní odpovědi bylo dosaženo u 16 z 27 pacientů (59 %; 95% interval spolehlivosti 41–75 %) a u 28 ze 41 ložisek (68 %; 95% interval spolehlivosti 53–80 %). U zbývajících pacientů a ložisek byla zaznamenána parciální odpověď; objektivní odpověď tak činila 100 % na obou úrovních hodnocení. Při mediánu sledování 27 měsíců nebyl medián celkového přežití v celém souboru dosažen, u pacientů ve stadiu BCLC B činil 23 měsíců. Nebyly zaznamenány komplikace vyšší než II. stupně ani úmrtí související s výkonem.

Závěr: B-TACE byla v hodnoceném souboru spojena s vysokou mírou časně kompletní odpovědi a příznivým bezpečnostním profilem. Výsledky podporují její využití u vhodně vybraných pacientů s HCC.

Identifikace patologického subproteomu u pacientů s karotickou disekcí

Malý P., Horáček J., Malý M., Chrastinová L.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Cíl práce: Cílem práce bylo identifikovat a kvantifikovat chybně složené proteiny v plazmě pacientů s disekcí karotické tepny (CAD) a posoudit jejich diagnostický potenciál.

Použitá metodika: Do studie bylo zařazeno 21 pacientů s extrakraniální CAD a 21 zdravých kontrol. Chybně složené proteiny byly analyzovány pomocí Hsp70 trap assay v kombinaci s biosenzorovou analýzou na principu povrchové plazmonové rezonance (SPR). Následná identifikace proteinů byla provedena metodou kapalinové chromatografie spojené s tandemovou hmotnostní spektrometrií (LC-MS/MS). Proteomická data byla vyhodnocena pomocí analýzy rozptylu (ANOVA) a penalizované logistické regrese LASSO.

Dosažené výsledky: Pomocí LC-MS/MS bylo identifikováno 452 unikátních proteinů, z nichž 38 vykazovalo statisticky významné rozdíly mezi pacienty s CAD a kontrolami. Diferenciálně zastoupené proteiny byly spojeny zejména s buněčnou adhezí, metabolismem lipidů, koagulací a zánětlivou odpovědí. Metodou LASSO byl sestaven pětiproteinový panel zahrnující desmoplakin, apolipoprotein E, apolipoprotein C-II, kininogen-1 a destičkový bazický protein. Panel spolehlivě rozlišil pacienty s CAD od zdravých kontrol, přičemž dosáhl senzitivity 93,3 % a specifity 100 % (AUC 0,984).

Závěr: CAD je spojena s komplexní dysregulací procesů buněčné adheze, lipidového metabolismu, koagulační rovnováhy a zánětlivé odpovědi. Analýza chybně složených proteinů přináší nový pohled na molekulární souvislosti CAD a identifikovaný pětiproteinový panel může představovat slibný diagnostický biomarker.

Endoskopická léčba refluxní choroby jícnu aplikací radiofrekvenční energie do oblasti dolního jícnového svěrače

Košťálová K.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Cíl práce:

Zhodnotit účinnost endoskopické radiofrekvenční terapie Stretta u pacientů s refluxní chorobou jícnu ve srovnání s konzervativní léčbou.

Použitá metodika:

Prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie (1 : 1, Stretta vs. konzervativní léčba), registrovaná na ClinicalTrials.gov (NCT05781347). Do studie byli zařazováni pacienti se symptomatickou refluxní chorobou jícnu a objektivně prokázaným patologickým gastroezofageálním refluxem bez významné hiátové hernie. Primárními sledovanými parametry byly spotřeba inhibitorů protonové pumpy (PPI), GERD-HRQL a Reflux Symptom Index (RSI), sekundárně byla hodnocena doba jícnové expozice kyselině (AET). Nábor pacientů byl ukončen v dubnu 2025 a 12měsíční sledování posledního pacienta bylo dokončeno v srpnu 2026.

Dosažené výsledky:

V průběhu náboru bylo posouzeno celkem 223 pacientů, z nichž po komplexním diagnostickém vyšetření a uplatnění vstupních kritérií bylo 53 randomizováno (Stretta n = 27, konzervativní léčba n = 26). Interim analýza provedená v dubnu 2026 zahrnovala 38 pacientů s kompletními 12měsíčními klinickými daty a 36 pacientů s dostupným AET. Ve skupině Stretta bylo ve srovnání s konzervativní léčbou prokázáno významné zlepšení RSI ($p = 0,004$) a GERD-HRQL ($p = 0,015$) a významné snížení dávky PPI ($p = 0,002$). Rozdíl v AET mezi skupinami nebyl statisticky významný ($p = 0,13$). U pacientů s klinicky významnými extraezofageálními symptomy ($RSI \geq 13$) dosáhlo $\geq 50\%$ zlepšení RSI ve 12 měsících 62 % pacientů po terapii Stretta oproti 7 % při konzervativní léčbě.

Závěr:

Interim výsledky ukazují, že terapie Stretta vede k významnému zlepšení refluxních symptomů, kvality života a snížení potřeby PPI, přičemž výrazný klinický efekt byl pozorován u pacientů s extraezofageálními symptomy. Klinický přínos nebyl doprovázen statisticky významným rozdílem v AET. Nesoulad mezi klinickou odpovědí a objektivně měřenou expozicí kyselině je kompatibilní s hypotézou možného neuromodulačního účinku Stretty a ovlivnění viscerální hypersenzitivity. Finální analýza kompletního souboru po dokončení 12měsíčního sledování všech pacientů probíhá.

Studie ENDEMIC – Přínos časného použití Point-of-Care Echokardiografie provedené lékařem ne-kardiologem u pacientů s bolestí na hrudi

Grenar P.

Klinika urgentní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Cíle:

Echokardiografie je přínosnou diagnostickou metodou v managementu pacientů s bolestí na hrudi. Stále však chybí důkazy o optimálním rozsahu echokardiografického vyšetření jako i o úrovni vzdělání vyšetřujícího lékaře. Primárním cílem studie ENDEMIC bylo zhodnotit, jak POCE (Point-of-Care Echokardiografie) ovlivňuje celkovou délku pobytu pacienta na urgentním příjmu. Cílem sekundárním bylo posoudit vliv POCE na čas do revaskularizace a přesnost vstupní diagnózy.

Metody:

Studie ENDEMIC je prospektivní, randomizovaná, jednocentrová studie. Před zařazením byli lékaři bez předchozích zkušeností s echokardiografií proškoleni dle standardu úrovně Britské společnosti pro echokardiografii (BSE) – BSE level 1. Pacienti s bolestí na hrudi suspektní z kardiovaskulární etiologie byli zařazeni do studie a randomizováni metodou sudá–lichá. V intervenční skupině bylo POCE provedeno do 90 minut, v kontrolní skupině byli pacienti vyšetřováni standardním postupem. U všech pacientů byla sledována délka pobytu na urgentním příjmu, čas do provedení koronární angiografie a korelace vstupní a závěrečné diagnózy.

Výsledky:

Studie byla předčasně ukončena po zařazení 150 pacientů, protože byly splněny hlavní cíle. Použití POCE vedlo k významnému zkrácení doby do rozhodnutí (138,0 [68,5–230,5] min vs. 252,0 [165,5–304,0], $p = 0,000004$) a celkové délky pobytu na urgentním příjmu (209,0 [143,5–260,0] min vs. 271,0 [206,5–336,0], $p = 0,0002$). Současně vedlo použití POCE k vyšší shodě mezi vstupní a závěrečnou diagnózou: 91,6 % vs. 50 %; RR = 1,83 (1,104–2,565); $p = 0,0063$.

Diskuze a závěr:

Studie ukazuje, že časně provedení limitované echokardiografie u pacientů s bolestí na hrudi vede k významnému zkrácení pobytu na urgentním příjmu a ke zlepšení diagnostické přesnosti. Současně tato studie podtrhuje nutnost standardizované výuky Point-of-Care sonografie.

Klíčová slova: Point-of-care Echokardiografie, bolest na hrudi, akutní koronární syndrom, urgentní příjem

Možnosti léčebného ovlivnění metabolických parametrů a histologického nálezu u pacientů s nealkoholovou steatohepatitidou

Paleček J.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Úvod: Metabolickou dysfunkcí podmíněné steatotické onemocnění jater (MASLD) se významným způsobem podílí na morbiditě a mortalitě populace v rozvinutých zemích. Třídíme ji na dvě podskupiny onemocnění se zásadně odlišným průběhem a prognózou – prostá steatóza a metabolickou dysfunkcí podmíněná steatohepatitida (MASH). Zatímco prostá steatóza je spíše doprovodným jevem u pacientů s metabolickým syndromem, MASH je progresivní formou, která vede v čase k apoptóze jaterních buněk, k jejich náhradě vazivem (jizvení jaterního parenchymu) s úbytkem funkční tkáně jater a v konečném důsledku k jaterní cirhóze se všemi konsekvencemi

Cíl práce: Zhodnocení změny v histologickém gradingu a stagingu MASH u pacientů s prokázanou MASH léčených empagliflozinem 10 mg denně po dobu 48 týdnů.

Metodika: Jedná se o prospektivní otevřenou intervenční monocentrickou kohortovou studii. Studie posuzuje změny histologického gradingu a stagingu u pacientů s histologicky verifikovanou diagnózou MASH pomocí kontrolní jaterní biopsie po ročním užívání empagliflozinu.

Výsledky: Studie RedNASH byla úspěšně registrována v databázi CTIS (ID 2023-000041-16) ve správě EMA a na Clinical trials (ID NCT06519448). Ve studii je v současné době zařazeno 10 pacientů, z toho u 6 z nich byla již studie úspěšně ukončena, několik dalších pacientů je ve výběrovém procesu.

Závěr: V současné době neexistuje dobře dostupná účinná farmakoterapie, která by specificky a příznivě ovlivňovala MASH ve smyslu zastavení progresu či navození regrese zánětlivé aktivity a s ní související fibrotizaci jaterní tkáně. Jedním ze zásadních limitů jakékoli studie, která si může klást za cíl objektivní hodnocení těchto změn, je potřeba histologické verifikace MASH. Za tímto účelem byla v roce 2024 zahájena studie RedNASH.

Prognostické faktory u akutní lymfoblastické leukémie dospělých – role signálního mikroprostředí

Štajer M.¹, Horáček J.¹, Kupsa T.¹, Žák P.²

¹Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta Univerzity obrany

²IV. interní hematologická klinika, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Hradec Králové

Cíle: Zhodnotit sérové hladiny cytokinů, jejich solubilních receptorů, adhezních molekul a dalších biologicky aktivních působků u akutní lymfoblastické leukémie (ALL) a analyzovat jejich vztah k fenotypu onemocnění, přežití bez události (EFS) a celkovému přežití (OS) s důrazem na posouzení jejich potenciální prognostické významnosti. Materiál a metody: Do studie bylo zařazeno 54 dospělých pacientů s nově diagnostikovanou ALL. Hladiny sledovaných markerů byly stanoveny ze séra pomocí biočipové technologie při diagnóze a v kompletní remisi (CR). Byla provedena statistická analýza v příslušném programu včetně mnohočetného testování s korekcí. Výsledky: Párová analýza mezi diagnózou a remisí byla provedena po vyloučení pacientů s přítomnou infekcí při diagnóze. Byly prokázány signifikantně vyšší hodnoty při diagnóze u VCAM, E-selectinu, L-selectinu, sIL-2A, TNFR1, IL-6 a TNF- α . Naopak signifikantně nižší hladiny při diagnóze byly zjištěny u EGF a IL-7. U pacientů s hyperleukocytózou byly zjištěny signifikantně vyšší hladiny E-selectinu a nižší hladiny IL-8. U pacientů s komplexním karyotypem byl prokázán statisticky významný rozdíl v hladinách EGF při diagnóze. Ve srovnání podtypů ALL byly u T-ALL zjištěny signifikantně vyšší hladiny EGF, MMP-9 a P-selectinu ve srovnání s B-ALL, přičemž rozdíly byly významné zejména ve srovnání s Ph- ALL, nikoliv však s Ph+ ALL. Vyšší hladiny E-selectinu v remisi byly asociovány s vyšším rizikem události, zatímco vyšší hladiny IL-8 v remisi byly spojeny s významně nižším rizikem události. Nižší hladiny MMP-9 v remisi byly spojeny s nižším rizikem úmrtí. Závěr: Sérové hladiny vybraných cytokinů, jejich receptorů a adhezních molekul se významně liší mezi diagnózou a remisí a souvisejí s biologickými charakteristikami onemocnění. Některé markery v remisi vykazují vztah k riziku události a celkovému přežití, což naznačuje jejich potenciální prognostický význam. Další studie s větším souborem

pacientů jsou však nezbytné k potvrzení těchto nálezů. Podpora projektu: Práce byla podpořena v rámci institucionální podpory Dlouhodobý záměr rozvoje organizace (DZRO) – Klinické obory II, Vojenská lékařská fakulta Hradec Králové, Univerzita obrany, Česká republika (DZRO-FVZ22-KLINIKA II).

Neinvazivní měření srdečního výdeje pomocí sítnicové oxymetrie a echokardiografie

Křivohlavý T.^{1,3}, Lada M.², Malý M.¹, Jakl M.³, Krása K.¹, Šín M.²

¹Interní klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Ústřední vojenské nemocnice, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Praha

²Oční klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Ústřední vojenské nemocnice, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Praha

³Univerzita obrany, Vojenská lékařská fakulta, Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Hradec Králové

Úvod: Sítnicová oxymetrie umožňuje neinvazivní stanovení saturace kyslíkem v retinálních arteriolách a venulách. Na základě Fickova principu lze předpokládat, že nižší srdeční výdej bude spojen s vyšší extrakcí kyslíku v periferních tkáních a větším arterio-venózním (AV) rozdílem. Cílem práce bylo posoudit vztah mezi srdečním výdejem stanoveným echokardiograficky a AV rozdílem saturace v sítnicových cévách.

Metodika: Do prospektivní observační studie bylo zařazeno 20 účastníků. Sítnicová oxymetrie byla provedena pomocí systému Oxymap T1 samostatně pro pravé a levé oko. AV rozdíl byl stanoven jako rozdíl saturace kyslíkem v retinálních arteriolách a venulách. Srdeční výdej byl vypočten transthorakální echokardiografií ze zdvihového objemu stanoveného metodou LVOT VTI a aktuální tepové frekvence. Primární analýza hodnotila vztah mezi srdečním výdejem a průměrným AV rozdílem obou očí pomocí Pearsonova a Spearmanova korelačního koeficientu.

Výsledky: Mezi průměrným AV rozdílem obou očí a srdečním výdejem byla zjištěna středně silná inverzní korelace (Pearson $r = -0,591$; $p = 0,006$; Spearman $\rho = -0,590$; $p = 0,006$). Inverzní vztah byl přítomen také při samostatném hodnocení levého oka (Pearson $r = -0,549$; $p = 0,012$; Spearman $\rho = -0,634$; $p = 0,003$). U pravého oka byla korelace dle Pearsonova koeficientu statisticky významná ($r = -0,484$; $p = 0,031$), zatímco dle Spearmanova koeficientu nedosáhla hranice statistické významnosti ($\rho = -0,435$; $p = 0,055$).

Závěr: Výsledky podporují hypotézu o inverzním vztahu mezi srdečním výdejem a arterio-venózním rozdílem saturace sítnicových cév. Sítnicová oxymetrie může představovat potenciální neinvazivní marker systémové hemodynamiky. Vzhledem k malému a selektovanému souboru jsou výsledky předběžné a vyžadují ověření ve větší populaci, zejména u pacientů se sníženým srdečním výdejem.

Od doktorského studia k akademické kariéře v oboru Vojenské vnitřní lékařství

Horáček J.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta Univerzity obrany, Hradec Králové

Vojenská lékařská fakulta Univerzity obrany (VLF UO) nabízí v oboru Vojenské vnitřní lékařství (VVL) ucelenou možnost akademického rozvoje od doktorského studia přes habilitační řízení až po řízení ke jmenování profesorem.

Doktorský studijní program VVL je určen uchazečům z rezortu MO i mimo něj a lze jej absolvovat v kombinované vojenské nebo civilní formě. V akademickém roce 2025/2026 studovalo v programu celkem 10 studentů a proběhla jedna úspěšná obhajoba disertační práce. Většina doktorandů pochází z Interní kliniky ÚVN-VoFN Praha a z pracovišť v Hradci Králové. Od akademického roku 2026/2027 zahájí studium další dva studenti z ÚVN SNP Ružomberok, Slovenská republika.

VLF UO má současně akreditaci NAÚ pro habilitační řízení a řízení ke jmenování profesorem v oboru VVL, platnou do července 2033. V akademickém roce 2025/2026 bylo úspěšně dokončeno jedno habilitační řízení a v současnosti probíhá další.

Garantem doktorského studia a akademických kvalifikačních řízení v oboru VVL je Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny VLF UO, která zároveň zabezpečuje doktorský studijní program Preventivní medicína a ochrana veřejného zdraví.

Doktorské studium, habilitační řízení a řízení ke jmenování profesorem tak vytvářejí na VLF UO navazující systém odborného, vědeckého a akademického růstu v oboru Vojenské vnitřní lékařství.

Blok volných sdělení I.

Tirzepatid v multidisciplinární lékařské praxi

Pavlík V., Kupsová B., Fajfrová J., Šafka V.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta Univerzity obrany, Hradec Králové

Úvod

Obezita je závažné chronické onemocnění postihující metabolismus a přímo či nepřímo celou řadu orgánových systémů, zejména kardiovaskulární a pohybový. Podle dostupných dat Českého statistického úřadu za rok 2022 má BMI v pásmu nadváhy 48 % mužů a 36 % žen. Hodnota BMI v pásmu obezity byla zjištěna u 21 % mužů a u 18 % žen.

Vedle základních režimových opatření, mezi které počítáme zejména dietní a pohybové návyky, zůstává farmakoterapie důležitou součástí sekundární prevence a léčby obezity. Význam farmakoterapie obezity stoupá v posledních několika letech díky registraci nových antiobezitik, která jsou k dispozici na českém trhu.

Inkretinový princip v léčbě obezity

Inkretiny jsou bílkovinné hormony vytvářené ve specializovaných buňkách sliznice střeva, které ovlivňují zejména buňky β slinivky břišní, ale i celou řadu dalších systémů, včetně mozku, kostí a srdce. Analoga hormonů zažívacího traktu specificky ovlivňují příjem potravy a energetickou bilanci a představují novou kategorii antiobezitik s nižším výskytem nežádoucích účinků, které jsou pozorovány při podávání centrálně působících látek ovlivňujících nespecifické neuropřenašečové signální cesty. Inkretinová analoga registrovaná v České republice, výrazně snižují nejen koncentraci glykovaného hemoglobinu, ale i tělesnou hmotnost. Tyto látky se uplatňovaly do roku 2019 primárně v průběhu léčby diabetiků 2. typu. V posledních letech se liraglutid, semaglutid a tirzepatid staly schválenými antiobezitiky na českém trhu.

Tirzepatid v multidisciplinární lékařské praxi

Cca třetina pacientů s dg. nespecifických střevních zánětů (IBD) má zároveň dg. obezity. Obezita je spojena s celou řadou komplikací a ovlivňuje prognózu pacientů s IBD. Obezita také zvyšuje riziko vzniku Crohnovy choroby.

Obezita se u psychiatrických pacientů vyskytuje častěji než u běžné populace z důvodů:

- NÚ psychofarmak (některá antipsychotika či antidepresiva).
- Snižená fyzická aktivita.
- Poruchy spánku.
- Neurologické změny regulace příjmu potravy a stresové osy.

V roce 2016 uznala WHO obezitu jako nezávislý rizikový faktor rozvoje psoriázy. Psoriáza a obezita se často vyskytují současně. Psoriatická artritida se vyskytuje u obézních pacientů až 2x častěji než u ostatní populace.

U žen s obezitou bylo doloženo zvýšené riziko primární ovulační neplodnosti. Obézní těhotné mají vyšší riziko vzniku gestačního diabetu, žilní tromboembolie, infekce rány po císařském řezu, poporodních komplikací (anémie, deprese) i celoživotního rizika KVO. Při porodu u obézní matky je častější potřeba sekce, vyšší riziko neúspěšného vedení porodu, ruptury dělohy, poranění novorozence i úmrtí matky.

Závěr

Užití inkretinových analogů má podle dostupných klinických studií efekty kardioprotektivní a nefroprotektivní. Léčba inkretiny dále zlepšuje kardiometabolické parametry včetně hodnot krevního tlaku, lipidového profilu, kompenzace glykémie či jaterních enzymů, pozitivně ovlivňuje steatózu jater. Další výhodou se jeví uvolnění preskripce tohoto druhu léků pro praktické lékaře, tím se výrazně zvýšila možnost léčby obézních pacientů lékaři prvního kontaktu. Léčba pomocí inkretinů zcela zásadně změnila moderní léčbu diabetu 2. typu a obezity. Rozvoj tohoto druhu léčby lze očekávat vedle diabetologie a obezitologie i v dalších oborech medicíny.

Literatura

Měřinská S. Životní podmínky českých domácností. Český statistický úřad, 2. 2. 2023. Dostupné na: www.czso.cz/documents/10180/205587887/csu_tk_silc_2022_prezentace.pdf/dc9e03bb-375c-432f-9d7a-d8a0a51f1f72?version=1.0.2.

Pavlík V. Nefarmakologická léčba obezity. *Medicína pro praxi* 2024, 21(1), 26-29.

Haluzík M, Sucharda P. a kol. Obezita. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Praha: SVL; 2023.

Pavlík V. a kol. Vybrané kapitoly z preventivní medicíny. Brno: Univerzita obrany Brno; 2021.

Svačina Š. Inkretiny – přelomová léčba diabetu a obezity. *Svět praktické medicíny* 2025, 1, 46-51.

Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN et al. SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med* 2022, 387(3): 205-216.

Małeckı M. T., Batterham R. L., Sattar N. et al. Predictors of $\geq 15\%$ weight reduction and associated changes in cardiometabolic risk factors with tirzepatide in adults with type 2 diabetes in SURPASS-1–4. *Diabetes Care* 2023, 46(12): 2292–2299.

Metabolická péče v intenzivní medicíně: mezi nutričním přetížením a podvýživou

Skořepa P.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta Univerzity obrany, Hradec Králové

Optimální dávka energie a bílkovin u kriticky nemocných zůstává předmětem diskuse. Současné studie ukazují, že časná dosažení plných nutričních cílů nemusí vést ke zlepšení klinických výsledků a v akutní fázi kritického onemocnění může zvyšovat riziko metabolického přetížení. Ve studii NUTRIREA-3 bylo 3044 ventilovaných pacientů v šoku randomizováno k nízkému příjmu energie a bílkovin (6 kcal/kg/den a 0,2–0,4 g proteinu/kg/den) nebo ke standardnímu příjmu (25 kcal/kg/den a 1,0–1,3 g/kg/den) během prvních sedmi dnů. Časná výrazná restrikce energie a proteinu v této studii nesnížila mortalitu, ale byla spojena s rychlejším zotavením a menším počtem gastrointestinálních/metabolických komplikací. Výsledky podobně zaměřených studií současně zdůrazňují význam fázového přístupu k nutriční terapii – opatrné podpory v časně akutní fázi a její postupné eskalace po stabilizaci pacienta. Pozornost je věnována rovněž specifickým hypokaloricko-vysokoproteinové strategii. V připravovaném systematickém review s meta-analýzou zahrnující šest studií a 526 kriticky nemocných pacientů s obezitou nebyla tato strategie spojena s průkazným snížením mortality (RR 0,74; 95% CI 0,35–1,56) ani výskytem ventilátorové pneumonie (RR 0,84; 95% CI 0,50–1,41). Klíčovým principem proto zůstává přizpůsobení nutriční podpory fázi kritického onemocnění, metabolické toleranci a aktuálním potřebám pacienta.

Zásoby omega-3 a omega-6 mastných kyselin v lidských tkáních: změny při akutním systémovém zánětu

Skořepa P.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta Univerzity obrany, Hradec Králové

Úvod:

Omega-3 a omega-6 polynenasycené mastné kyseliny (PUFA) mají zásadní strukturální i regulační funkce a představují prekursorů lipidových mediátorů zánětu a jeho resoluce. Běžně používané sérové nebo erytrocytární ukazatele však neodrážejí absolutní zásoby mastných kyselin v jednotlivých orgánech. Cílem studie bylo vytvořit kvantitativní mapu PUFA v lidských tkáních a posoudit, jak jsou tyto zásoby ovlivněny těžkým akutním systémovým onemocněním.

Metodika:

Analyzováno bylo 24 zemřelých, z toho 14 kontrolních osob po náhlém úmrtí bez známého závažného chronického onemocnění a 10 pacientů, kteří zemřeli v důsledku těžké akutní virové infekce. V devíti tkáních – tukové tkáni, mozku, myokardu, plicích, játrech, slezině, kosterním svalu, tenkém střevě a ledvině – byly pomocí plynové chromatografie s plamenově ionizační detekcí stanoveny absolutní koncentrace mastných kyselin. Z koncentrací a hmotností jednotlivých orgánů byly následně odhadnuty jejich celotělové zásoby.

Výsledky:

Při akutním systémovém onemocnění byl napříč tkáněmi patrný úbytek dlouhořetězcových omega-3 PUFA, zejména EPA a DPA, zatímco DHA vykazovala výraznější orgánově specifickou konzervaci. V tukové tkáni byla koncentrace celkových omega-3 PUFA 0,76 oproti 2,76 mg/g u kontrol a poměr n-6/n-3 vzrostl z 15,6 na 59,2 ($p = 0,017$). Výrazná deplece EPA byla pozorována rovněž v plicích (0,015 vs. 0,344 mg/g; $p = 0,017$) a mozku (0,018 vs. 0,163 mg/g; $p = 0,017$). Odhadovaná celotělová zásoba omega-3 PUFA byla 35,7 g oproti 86,6 g u kontrol a celotělový poměr n-6/n-3 byl více než šestinásobně vyšší.

Závěr:

Díky unikátnímu post-mortem multi-tkáňovému designu studie přináší první data svého druhu o absolutních zásobách PUFA v lidském organismu ve zdraví a při těžkém akutním systémovém onemocnění. Ukazuje, že systémový zánět je provázen zásadní přestavbou tkáňových lipidových rezerv a výrazným úbytkem dlouhořetězcových omega-3 mastných kyselin napříč orgány. Tato zjištění představují nový rámec pro chápání vztahu mezi tkáňovými zásobami mastných kyselin, metabolickým stresem a schopností organismu regulovat a ukončovat zánětlivou odpověď.

Skořepa P, Zadák Z, Vecka M, Burda M, Kovařík D, Hejna P, Krulichová IS, Hyšpler R, Tichá A, Fajfr M, Boštík P, Žák A, Whole-Body Omega-3 and Omega-6 Fatty-Acid Reserves in Healthy Controls and Fatal COVID-19: Evidence of Systemic Long-Chain n–3 Depletion, *Clinical Nutrition*, IF 7,900. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2026.106777>.

Za hranicí oxidace: Nepřímá kalorimetrie jako nástroj pro monitoraci anabolismu a tkáňové regenerace

Sobotka O.

Fakultní nemocnice Hradec Králové, 3. interní gerontometabolická klinika; Univerzita obrany, Vojenská lékařská fakulta, Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Hradec Králové

Nepřímá kalorimetrie (IC) je odbornými společnostmi považována za zlatý standard pro stanovení klidového energetického výdeje (REE). Tradiční klinický přístup však její využití často redukuje na pouhou prevenci iatrogenní hyperalimentace a omezuje nutriční intervenci na prostou substituci oxidovaných živin. Tento energeticko-centrický pohled ovšem opomíjí skutečnost, že během těžkého metabolického stresu či tkáňové regenerace (např. u břišních katastrof) neslouží glukóza výhradně jako oxidační palivo pro zisk ATP. Naopak se stává klíčovým strukturálním stavebním kamenem a zdrojem redukčních ekvivalentů v rámci neoxidačního metabolismu (např. Pentozový cyklus), který je esenciální pro buněčný anabolismus a imunitní funkce. Naše

retrospektivní analýza dat z IC (n = 194 měření) prokázala, že významná část exogenně podané glukózy nepodléhá terminální oxidaci. I v situacích, kdy energetická hodnota podaných sacharidů signifikantně převyšovala REE, zůstával respirační kvocient (RQ) pod hodnotou 1,0. Dodaná glukóza tedy nebyla konvertována na tuk cestou de novo lipogeneze, nýbrž byla cíleně směřována do neoxidačního sacharidového poolu, jehož expanze pozitivně korelovala s podanou sacharidovou náloží. Tento fyziologický fenomén se nám podařilo ověřit u kohorty malnutričních pacientů v průběhu čtrnáctidenního prehabilitačního programu před rozsáhlými chirurgickými výkony (N = 10). Zjistili jsme, že pacienti, u nichž byla neproteinová energie hrazena výhradně glukózou (při stabilním příjmu proteinů 1,5 g/kg/den), dosáhli signifikantně vyšší pozitivní dusíkové bilance (průměrně 12,5 g/den) v porovnání se skupinou na standardní smíšené parenterální výživě (6,0 g/den). Multivariační regresní analýza potvrdila, že jedním z klíčových prediktorů retence dusíku je právě poměr sacharidové nálože k energetickému výdeji (CHO/REE) doprovázený vzestupem RQ směrem k hodnotě 1,0. Zajištění dostatečného neoxidačního sacharidového poolu tak prokazatelně zvyšuje efektivitu inkorporace exogenních aminokyselin a anabolismus pacientů v prehabilitaci. Závěrem lze konstatovat, že IC představuje mnohem více než jen metodu odhadu REE s cílem prevence hyperalimentace. Sledování dynamiky RQ v kontextu sacharidové nálože z ní činí cenný klinický nástroj pro přesnou monitoraci metabolického stavu, který lékařům umožňuje bezpečně saturovat strukturální nároky tkání na glukózu a cíleně stimulovat anabolismus organismu. Podpořeno z projektu Ministerstva obrany ČR: DZRO-FVZ22-KLINIKA II.

Kam nás biopsia zavedie?

Bielak T.

ÚVN Ružomberok, Klinika vnútorného lekárstva

Úvod: Karcinóm žalúdka je 4.najčastejšie onkologické ochorenie a 2.najčastejšia príčina smrti súvisiaca s rakovinou. Pre dlhodobu asymptomatický priebeh ochorenia sú karcinómy žalúdka často diagnostikované v pokročilom štádiu. Poorly cohesive carcinoma je známy svojou agresivitou a zlou prognózou pričom štandardnou formou liečby je chirurgická resekcia s adjuvantnou chemoterapiou. V prípade prekanceróz ako chronická atrofická gastritída je potreba realizovať dispenzárne EGD s biopsiáciou. Opis prípadu: Prezentujeme kazuistiku 73 ročnej pacientky, ktorá je dispenzarizovaná u spádového gastroenterológa pre chronickú atrofickú gastritídu typu B. Pri náhodnej biopsii bol zachytený poorly cohesive carcinoma. Na našom pracovisku v rámci stagingu ochorenia realizovaná séria vyšetrení: CT onkostaging, EUS, PET-CT všetky s negatívnymi nálezmi. Realizované EGD atestovaným lekárom s biopsiami z fyziologicky vyzerajúcej sliznice. Rebiopsia nepreukázala predchádzajúci nález. Doporučený aktívny surveillance – o 3 mesiace sme realizovali kontrolné EGD s rebiopsiami pri endoskopicky normálnej sliznici. Tentokrát opätovný záchyt adenokarcinómu žalúdka. Pacientka bola indikovaná k totálnej gastrektómii pričom z resektátu bol histologicky verifikovaný mikroNET (typ I) G1. Bunky poorly cohesive carcinoma neboli zachytené v resektáte, čo pripisujeme špecifickému rastu nádoru. Záver: Pacienti s chronickou atrofickou gastritídou by mali podstupovať dispenzárne EGD náhodnými aj cieľovými biopsiami. V prípade záchytu dysplázie či karcinómu v teréne CAG je potreba ďalšia liečba či staging ochorenia. Skorá diagnostika karcinómu žalúdka zvyšuje 5-ročné prežívanie.

Postgraduální blok III. Gastroenterologie a hepatologie

Endoskopická léčba refluxní choroby jícnu aplikací radiofrekvenční energie do oblasti dolního jícnového svěrače

Košťálová K.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Cíl práce:

Zhodnotit účinnost endoskopické radiofrekvenční terapie Stretta u pacientů s refluxní chorobou jícnu ve srovnání s konzervativní léčbou.

Použitá metodika:

Prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie (1 : 1, Stretta vs. konzervativní léčba), registrovaná na ClinicalTrials.gov (NCT05781347). Do studie byli zařazováni pacienti se symptomatickou refluxní chorobou jícnu a objektivně prokázaným patologickým gastroezofageálním refluxem bez významné hiátové hernie. Primárními sledovanými parametry byly spotřeba inhibitorů protonové pumpy (PPI), GERD-HRQL a Reflux Symptom Index (RSI), sekundárně byla hodnocena doba jícnové expozice kyselině (AET). Nábor pacientů byl ukončen v dubnu 2025 a 12měsíční sledování posledního pacienta bylo dokončeno v srpnu 2026.

Dosažené výsledky:

V průběhu náboru bylo posouzeno celkem 223 pacientů, z nichž po komplexním diagnostickém vyšetření a uplatnění vstupních kritérií bylo 53 randomizováno (Stretta n = 27, konzervativní léčba n = 26). Interim analýza provedená v dubnu 2026 zahrnovala 38 pacientů s kompletními 12měsíčními klinickými daty a 36 pacientů s dostupným AET. Ve skupině Stretta bylo ve srovnání s konzervativní léčbou prokázáno významné zlepšení RSI ($p = 0,004$) a GERD-HRQL ($p = 0,015$) a významné snížení dávky PPI ($p = 0,002$). Rozdíl v AET mezi skupinami nebyl statisticky významný ($p = 0,13$). U pacientů s klinicky významnými extraezofageálními symptomy ($RSI \geq 13$) dosáhlo $\geq 50\%$ zlepšení RSI ve 12 měsících 62 % pacientů po terapii Stretta oproti 7 % při konzervativní léčbě.

Závěr:

Interim výsledky ukazují, že terapie Stretta vede k významnému zlepšení refluxních symptomů, kvality života a snížení potřeby PPI, přičemž výrazný klinický efekt byl pozorován u pacientů s extraezofageálními symptomy. Klinický přínos nebyl doprovázen statisticky významným rozdílem v AET. Nesoulad mezi klinickou odpovědí a objektivně měřenou expozicí kyselině je kompatibilní s hypotézou možného neuromodulačního účinku Stretty a ovlivnění viscerální hypersenzitivity. Finální analýza kompletního souboru po dokončení 12měsíčního sledování všech pacientů probíhá.

Prediktivní biomarkery terapeutické odpovědi HCC

Hříbek P.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Souhrn: Hepatocelulární karcinom (HCC) je zhoubné nádorové onemocnění s nepříznivou prognózou. S rozšiřováním možností systémové a lokoregionální terapie narůstá potřeba biomarkerů umožňujících časně a objektivně hodnocení léčebné odpovědi a individualizaci terapie. Ve sdělení budou shrnuty současné možnosti využití laboratorních biomarkerů z periferní krve k predikci terapeutické odpovědi u HCC, zhodnocení jejich klinického významu a limitů a nastínění možného směru dalšího vývoje.

V současnosti není k dispozici validovaný laboratorní prediktivní biomarker, který by spolehlivě umožnil volbu konkrétní systémové léčby u jednotlivého pacienta. Alfa-fetoprotein (AFP) zůstává nejrozšířenějším sérovým biomarkerem. Zatímco jeho výchozí koncentrace má převážně prognostický význam, časný pokles AFP po zahájení léčby je spojován s vyšší pravděpodobností radiologické odpovědi a delším přežitím. Zánětlivé indexy, zejména poměr neutrofilů k lymfocytům, poměr destiček k lymfocytům a systémový imunitně-zánětlivý index, mají především prognostický význam. CRAFTY skóre může mít prediktivní potenciál u imunoterapie, jeho využití však vyžaduje další validaci. ALBI skóre odráží zejména funkci jater a má převážně prognostický charakter. Spektroskopická analýza krevní plazmy představuje slibný experimentální přístup k velmi časně detekci léčebné odpovědi. Validace spolehlivých laboratorních prediktorů zůstává zásadní podmínkou další individualizace léčby HCC.

Podpořeno Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s Agenturou pro zdravotnický výzkum ČR v rámci projektu č. NW26-08-00122.

Mesenteriální lymfadenopatie

Kupsa T.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta, Univerzita obrany, Hradec Králové

Patologická lymfadenopatie je častým důvodem hematologického vyšetření. Je vždy důvodem k zamyšlení i u zdánlivě asymptomatického jedince. Připravená kazuistika popisuje rozvahu a diagnostický postup u mladého muže s poruchou defekace, mírnou anémií a hraničně zvětšenými uzlinami mesenteria. Stručně se zabývá zjištěným vrozeným imunodeficitem a nenápadnými projevy autoimunity, které se plně ozřejmily až se zavedením adekvátní terapie. Věnuje se také potenciálně fatálním komplikacím při nerozpoznání patofyziologického podkladu nálezu a volně navazuje na kazuistiku prezentovanou v předchozím ročníku Konference vojenských internistů.

Kardioneuroablácia, alebo ako sa vyhnúť trvalej kardiostimulácii /kazuistika/

Hrušková K.

ÚVN Ružomberok, Klinika vnútorného lekárstva

Kardioneuroablácia (CNA) je katéetrová technika liečby, ktorá sa zameriava na autonómny nervový systém srdca a ovplyvňuje gangliové plexy s cieľom redukcie vplyvu parasymptiku.

Využíva sa v liečbe funkčných bradyarytmií, vazovagálnych synkop, pri liečbe dysfunkcie SA uzla a pri vágovo mediovanom AV bloku. V prezentácii je predstavený príbeh mladého muža, vojaka z povolania, ktorý sa hlásil na kardiologickej ambulancii pre náhodne zachytený AV blok tretieho stupňa. Vďaka CNA bolo možné u tohto pacienta vyhnúť sa trvalej kardiostimulácii a zachovať plnú kvalitu života, vrátane aktuálneho pracovného zaradenia. Na podklade tejto kazuistiky priblížim techniku a význam CNA a jej uplatnenie v praxi.

Pacient s kardiostimulátorem nebo ICD z pohledu pracovního lékaře

Kupsová B., Fajfrová J.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta Univerzity obrany, Hradec Králové

Posuzování zdravotní způsobilosti osob s implantabilními srdečními elektronickými systémy (CIED), zejména kardiostimulátory (PM) a implantabilními kardiovertery-defibrilátory (ICD), představuje v pracovním lékařství a vojenském zdravotnictví významnou odbornou i legislativní výzvu. Samotná přítomnost implantátu není rozhodujícím kritériem. Klíčové je zhodnocení rizika náhlé indispozice, poruchy vědomí, maligní arytmie, výboje ICD, závislosti na stimulaci, přítomnosti základního kardiovaskulárního onemocnění a konkrétních pracovních nebo služebních rizik.

Přednáška shrnuje aktuální právní rámec posuzování zdravotní způsobilosti podle vyhlášky č. 277/2004 Sb. pro řidiče motorových vozidel, vyhlášky č. 79/2013 Sb. v oblasti pracovnělékařských služeb, nařízení vlády č. 362/2005 Sb. upravujícího práci ve výškách a vyhlášky č. 288/2024 Sb. o zdravotní způsobilosti k výkonu vojenské činné služby. Pozornost je věnována zejména profesionálnímu a pracovně podmíněnému řízení motorových vozidel, práci ve výškách, expozici elektromagnetickým polím a zařazování vojáků na funkce spojené s působením radarových a radiokomunikačních systémů.

Součástí sdělení budou krátké kazuistiky demonstrující posudkový přístup u stavebního dělníka s ICD posuzovaný pro řízení motorového vozidla a práci ve výškách a pracovník s kardiostimulátorem zařazený na pracovišti s rizikem elektromagnetických impulzů. Kazuistiky ilustrují nutnost individuálního hodnocení reálného rizika pro posuzovanou osobu i třetí osoby.

Cílem sdělení je nabídnout praktický, klinicky použitelný a legislativně podložený postup, který umožní jednotnější a bezpečnější rozhodování o zdravotní způsobilosti pacientů s PM a ICD v pracovnělékařské i vojenské praxi.

Metody náhrady funkce ledvin v praxi: aktuální přehled a praktické aspekty

Michalíčková K.

Hemodialyzační středisko Interní kliniky ÚVN Praha

Metody náhrady funkce ledvin představují základní součást péče o pacienty s konečným selháním ledvin. Současné možnosti léčby zahrnují hemodialýzu, domácí hemodialýzu, peritoneální dialýzu, transplantaci ledviny a konzervativní léčbu. Jednotlivé modalitty se liší principem léčby, frekvencí, způsobem provádění, mírou zapojení pacienta, nárokem na cévní či peritoneální přístup a především dopadem na kvalitu života a každodenní fungování pacienta. Hemodialýza zůstává nejčastěji využívanou metodou. Sále většího významu však získávají domácí modalitty, které umožňují flexibilnější režim léčby a mohou nabídnout fyziologičtější kontrolu tekutin a metabolické rovnováhy. Peritoneální dialýza představuje alternativu využívající vlastní peritoneum jako dialyzační membránu a je vhodnou možností zejména pro pacienty preferující domácí léčbu. Pokud z nějakého důvodu není možné zavdení peritoneální katetru a pacient preferuje léčbu doma je další alternativou domácí hemodialýza. Transplantace ledviny, pokud je možná, představuje z dlouhodobého hlediska nejlepší metodou náhrady funkce ledvin a při úspěšném průběhu poskytuje nejlepší kvalitu života a dlouhodobé medicínské výsledky. Hlavním cílem konzervativní léčby není nahrazení funkce ledvin, ale zpomalení progresu onemocnění, kontrola symptomů a komplikací s důrazem na podpůrnou a symptomatickou péči. Volba optimální modalitty by měla vycházet nejen z medicínských parametrů a komorbidit pacienta, ale také z jeho funkčního stavu, životního stylu, sociálního zázemí, preference a možnosti aktivně se podílet na léčbě. Moderní přístup k náhradě funkce ledvin tak směřuje k individualizované volbě modalitty a k většímu využívání domácí léčby a preemptivní transplantace tam, kde je to možné.

Moderní obezitologie: současné trendy a doporučení

Paleček J.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Obezita představuje chronické metabolické onemocnění s významným dopadem na kardiovaskulární morbiditu, diabetes mellitus 2. typu a celkovou mortalitu. V posledních letech došlo k zásadnímu posunu v možnostech její farmakologické léčby, zejména díky agonistům GLP-1 receptoru a nově také duálním agonistům inkretinových receptorů. Tyto léky vedou nejen k významné redukci tělesné hmotnosti, ale současně zlepšují glykemickou kontrolu, krevní tlak a další metabolické parametry. U vybraných pacientů byly prokázány také kardiovaskulární benefity nezávislé na samotném snížení hmotnosti.

Cílem sdělení je shrnout současné možnosti farmakoterapie obezity se zaměřením na mechanismus účinku GLP-1 receptorových agonistů, jejich účinnost, bezpečnost a místo v komplexní léčbě obezity v interní medicíně. Pozornost bude věnována také dlouhodobému managementu pacienta, významu kombinace farmakoterapie s režimovými opatřeními a otázce udržení dosaženého úbytku tělesné hmotnosti.

Obezitologie z pohledu nutričního terapeuta

Janková J.

ÚVN Praha

Úvod: Obezita je chronické onemocnění, jehož léčba vyžaduje komplexní a dlouhodobý přístup. Hodnocení pacienta by nemělo být založeno pouze na tělesné hmotnosti a BMI, ale také na přítomnosti komorbidit,

metabolickém riziku, distribuci tukové tkáně, množství svalové hmoty, fyzické zdatnosti a individuálních možnostech pacienta.

Cíl: Cílem sdělení je představit úlohu nutričního terapeuta v komplexní léčbě obezity a praktické zkušenosti z obezitologické nutriční poradny Oddělení léčebné výživy Ústřední vojenské nemocnice.

Obsah: Nutriční terapeut hodnotí hmotnostní a nutriční anamnézu, stravovací návyky, energetický a nutriční příjem, pohybovou aktivitu, komorbiditu, farmakoterapii, motivaci a možnosti pacienta. Nutriční intervence je zaměřena na vytvoření přiměřeného energetického deficitu při zachování nutriční kvality stravy, dostatečného příjmu bílkovin, vlákniny a tekutin. Významnou součástí péče je prevence ztráty svalové hmoty a zachování funkční zdatnosti. Specifické požadavky na nutriční péči přináší také léčba antiobezitiky, při níž snížení chuti k jídlu nemusí automaticky znamenat kvalitnější stravování. Praktický přínos dlouhodobé nutriční intervence je prezentován na kazuistice pacientky, u níž došlo bez farmakoterapie k poklesu tělesné hmotnosti o 30,6 kg, současně se snížením podílu tukové a viscerální tukové tkáně a zvýšením podílu svalové hmoty.

Závěr: Nutriční intervence v léčbě obezity není pouze předáním redukčního jídelníčku. Cílem je zlepšení zdravotního stavu při zachování svalové hmoty a nutričního stavu a vytvoření změn, které je pacient schopen dlouhodobě udržet. Farmakoterapie nutriční péči nenahrazuje, ale mění její podobu. Úspěšná léčba obezity je výsledkem dlouhodobé spolupráce pacienta, lékaře, nutričního terapeuta a dalších odborností.

Endoskopické řešení obtížné choledocholitíazy

Setničková M.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Oddělení gastrointestinální endoskopie, Praha

Obtížná choledocholitíaza představuje jednu z náročnějších situací v terapeutické endoskopii. Přednáška se zaměřuje na možnosti endoskopického řešení konkrementů žlučových cest, které nelze odstranit standardními technikami při ERCP. Představeny budou metody mechanické a elektrohydraulické litotrypse, využití cholangioskopie a dalších pokročilých endoskopických postupů. Pozornost je věnována také možným komplikacím, jejich prevenci, řešení a úloze endoskopického týmu při těchto technicky náročných výkonech.

Blok B

Zástava krvácení a polypektomie v GIT

Černá Z.

UVN Praha

Polypektomie a endoskopická zástava krvácení patří mezi základní terapeutické výkony v gastrointestinální endoskopii. Přednáška se zaměřuje na současné možnosti odstranění polypů v horní i dolní části gastrointestinálního traktu, používané techniky a možné komplikace, zejména krvácení. Součástí je přehled metod endoskopické hemostázy, jejich indikací a praktického využití. Pozornost je věnována také správné přípravě instrumentária, úloze endoskopické sestry během výkonu a významu týmové spolupráce.

Od diagnózy k léčbě: sestra jako součást centrové péče o pacienty s hepatitidou

*Havlíčková V.
ÚVN Praha*

Přednáška se zaměří na problematiku centrové léčby virových hepatitid, její specifika a praktické aspekty péče o pacienta v ambulantním provozu. Součástí bude také pohled na význam a nezastupitelnou roli sestry v průběhu léčby, edukaci pacienta a mezioborovou spolupráci.

Obezita a jak na ni: Komplexní přístup z pohledu obezitologické sestry

*Bartíková M.
Obezitologické centrum, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha*

Obezita je chronické, multifaktoriální onemocnění, jehož úspěšná léčba vyžaduje komplexní a multioborový přístup.

Sestra v obezitologickém centru představuje pro pacienta vůbec první kontakt a hraje klíčovou roli v jeho počáteční triáži i v průběhu celé terapie.

Přednáška se zaměřuje na specifika sester péče a správnou, empatickou komunikaci, která pomáhá překonávat mýty spojené s rychlým hubnutím či nerealistickými očekáváními od farmakoterapie.

V rámci diagnostické části je prezentován význam bioimpedanční analýzy na přístroji InBody, včetně správné přípravy pacienta a interpretace složení těla, která doplňuje základní antropometrická měření (BMI, obvod pasu).

V oblasti režimových opatření sdělení shrnuje důležitost jídelníčku (podpora bílkovin, pitného režimu) a v postupného zavádění pohybové aktivity.

Závěr přednášky je věnován moderním terapeutickým možnostem specializovaného centra. Představeny jsou aktuální trendy ve farmakoterapii (např. semaglutid, tirzepatid) a jejich nežádoucí účinky, stejně jako principy chirurgické léčby – od restriktivních a malabsorpčních bariatrických výkonů (sleeve gastrektomie, plikace) až po metody endoskopické.

Cílem je ukázat, jak efektivně provázet pacienta na cestě k trvalé redukci hmotnosti.

Klíčová slova: obezita – obezitologická sestra – InBody – antiobezitika – bariatrie

Edukace hypokortikálního pacienta

*Šorsáková G.
ÚVN Praha*

Hypokortikalismus nedostatečnost kůry nadledvin s nedostatečnou produkcí jejích hormonů – glukokortikoidů a mineralokortikoidů. Primární hypokortikalismus (Addisonova nemoc) je dnes nejč. způsoben autoimunitním poškozením (dř. často tuberkulózní destrukcí). Sekundární hypokortikalismus je způsoben poruchou hypofýzy s poklesem tvorby a vylučování ACTH (srov. hypopituitarismus). Terciální hypokortikalismus vzniká i jako důsledek náhlého přerušení dlouhodobé léčby kortikoidy, při níž byla potlačena osa hypothalamus-hypofýza-nadledviny. Nedostatek hormonů způsobuje výrazný pokles všeobecné odolnosti, slabost a únavu, značné zažívací obtíže, nechutenství, hubnutí, nevykonnost krevního oběhu, hypotenzi, zvýšenou kožní pigmentaci (ta je důsledkem kompenzačního zvýšení hladin ACTH a objevuje se jen při primárním hypokortikalismu), řidnutí ochlupení aj. Léčebně je nutné trvale, pravidelně a denně dodávat hormony (hydrokortison) a zvýšit jejich dávku při jakékoliv větší zátěži (horečce, chirurgickém zákroku aj.). Jinak hrozí těžký akutní stav, který bez intenzivní léčby může vést až k úmrtí. Pacientům je obvykle vydávána karta upozorňující na tento stav, kterou by měli mít vždy u sebe na dostupném místě. Jsou vybaveni hydrokortisonovým balíčkem na první pomoc a edukováni k jeho

použití, zároveň je edukujeme jak při zjištění diagnózy, tak nadále při dalších kontrolách. Z hlediska bezpečnosti je přítomnost rodinného příslušníka při edukaci vhodná.

Feochromocytom

Regnardová K.

Ústřední vojenská nemocnice, interní ambulance endokrinologie

Feochromocytom je vzácný neuroendokrinní tumor, který vzniká z chromafinních buněk dřeně nadledvinek. Tento typ nádoru je známý svou schopností produkovat a uvolňovat velké množství katecholaminů, což vede k různým klinickým projevům, zejména hypertenze, bolesti hlavy, pocení a palpitace. Incidence feochromocytomu se pohybuje mezi 0,1-0,2% populace s hypertenzí. Paragangliom je podobný nádor, který se nachází mimo nadledvinky a tvoří přibližně 10% případů.

Syndrom von Hippel-Lindau (VHL)

VHL je vzácné genetické onemocnění, které způsobuje růst nádorů a cyst v různých částech těla. Tyto nádory mohou být benigní nebo maligní a nejčastěji se vyskytují v očích, mozku, míše, ledvinách, nadledvinkách a pankreatu. VHL je způsoben mutací v genu VHL, který je zodpovědný za regulaci růstu buněk

Klinické projevy

Mezi hlavní symptomy feochromocytomu patří bolest hlavy, nadměrné pocení, palpitace/tachykardie, hypertenzní krize, úzkost, neklid, bledost, bolest na hrudi/bříše a váhový úbytek

Diagnostika

Diagnostika feochromocytomu zahrnuje laboratorní vyšetření (katecholaminy v moči, metanefrin a normetanefrin) a zobrazovací metody (CT/MRI nadledvin, MIBG scintigrafie, PET)

Léčba

Léčba feochromocytomu zahrnuje předoperační přípravu (-blokátory, -blokátory, hydratace), chirurgickou léčbu (laparoskopická roboticky asistovaná adrenalektomie) a pooperační péči (monitorace krevního tlaku, kontrola katecholaminů).

Prognóza feochromocytomu závisí na jeho benigní nebo maligní povaze. Důležitá je dlouhodobá sledování a genetické poradenství.

 PRO.MED.CS
Praha a.s.



SupppMed



**congress
prague**

VYŠEHRADSKÁ 430/41

128 00, Praha 2

ČESKÁ REPUBLIKA

TEL.: +420 241 445 759, +420 241 445 813, +420 241 445 815

E-MAIL: OFFICE@CONGRESSPRAGUE.CZ

WEB: WWW.CONGRESSPRAGUE.CZ